

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 — N° 39

Sur l'heure de la rupture des membranes

(Etude statistique)

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René MARTY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né à Carcassonne le 6 Août 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

—
1929

**SUR L'HEURE DE LA RUPTURE
DES MEMBRANES**

(Etude statistique)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Sur l'heure de la rupture des membranes

(Etude statistique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

René MARTY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né à Carcassonne le 6 Août 1904



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

M. VORON, Président ; M. TRILLAT, Assesseur ;
MM. RHENTER et POLLOSSON, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRANDS-MERES

A MON PERE

Mon Maître le meilleur, et mon
meilleur Ami.

A MA MERE

Pour toute son affection.

A MON FRERE

A MES TANTES — A MON ONCLE

A CEUX QUI SONT MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine*

C'est avec cette même bienveillance, toute paternelle, dont nous avons été touché, durant notre stage à la Clinique, qu'il a accepté la présidence de cette thèse.

A l'honneur qu'il nous a fait nous sommes respectueusement sensible et l'en remercions vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RHENTER

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

L'idée de ce travail lui appartient. Il en a tracé les grandes lignes, et par là grandement favorisé nos recherches.

Qu'il trouve ici l'expression sincère de nos remerciements.

Nous voulons encore lui dire toute notre reconnaissance, au souvenir de ses leçons de pathologie obstétricale à la Faculté, où il a su illustrer devant nous les exemples tirés de sa grande expérience, où il a su nous faire vivre les dangers qui menacent tous les jours la femme durant sa grossesse.

A MES JUGES

A MES MAITRES DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

AVANT-PROPOS

La question que nous abordons n'est pas neuve. Des statistiques ont déjà été faites, pour préciser cette phase du problème mécanique de l'accouchement qu'est la rupture de la poche des eaux. Il n'en est rien résulté de précis. Les divers auteurs, à la suite d'hypothèses osées, en ont tiré des déductions trop hâtives, que l'avancement des connaissances obstétricales ont fait en partie oublier. Nous avons même noté souvent des contradictions dans les conclusions par eux formulées. Elles étaient sans nul doute le résultat de statistiques trop étroites, faites dans un même service hospitalier, risquant de ce fait l'empreinte d'une méthode trop particulière.

C'est ainsi que sur les conseils de M. le Professeur RHENTER, il nous a paru nécessaire d'essayer un travail plus large, de grouper des faits plus nombreux, bien connus, afin d'éviter l'à peu près et le particulier. Nous avons donc fait porter nos recherches sur 10.000 observations prises en des services différents et dans des années différentes. Voici, en effet, l'échelle de nos statistiques, tant à la Clinique obstétricale qu'à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse :

1966 1.600 observations Professeur FABRE.

Chef de Cl. GONNET.

1910	1.000	—	Professeur FABRE.
------	-------	---	-------------------

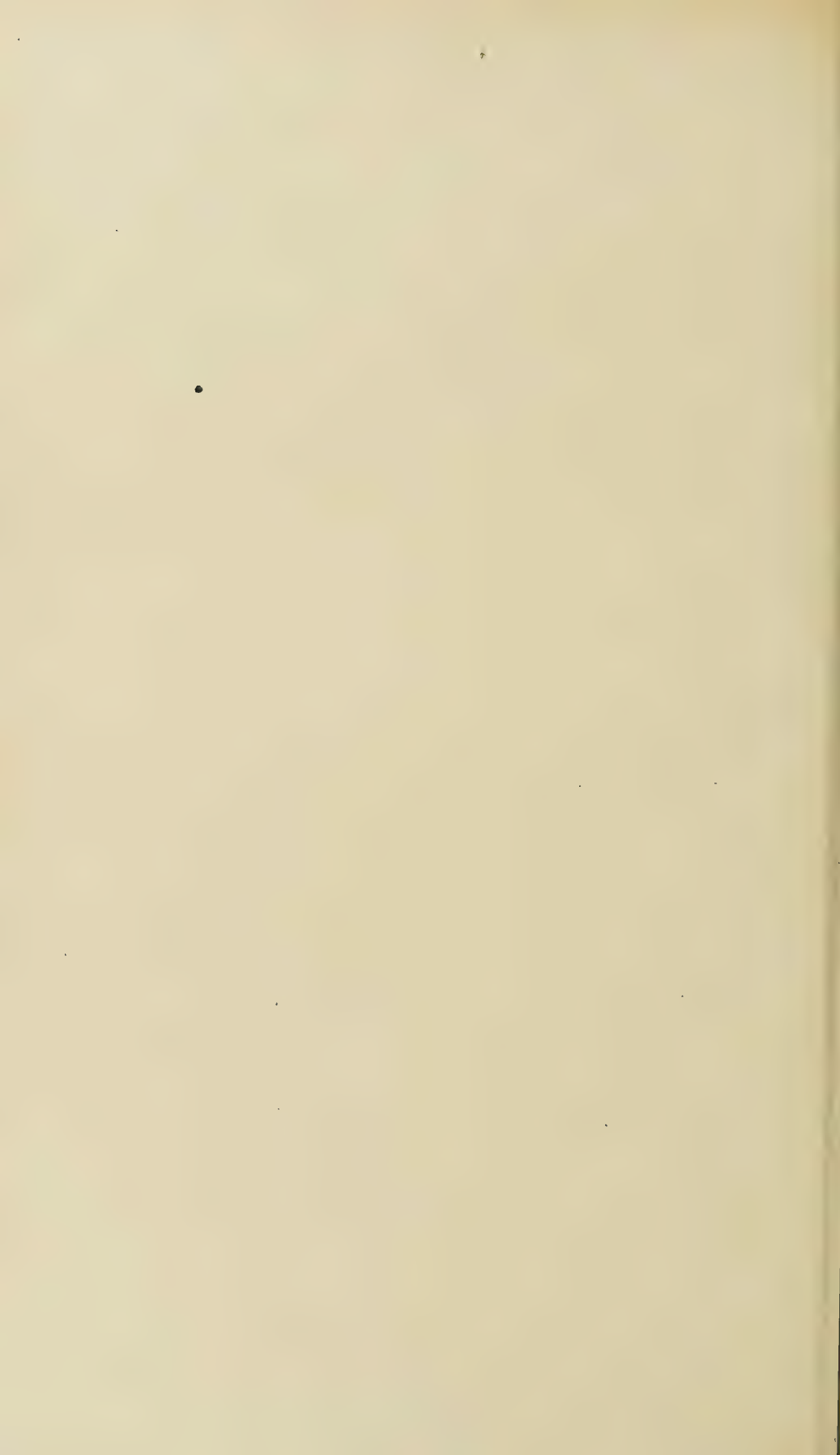
Chef de Cl. TRILLAT.

1913	1.000 observations	Professeur FABRE. Chef de Cl. BOURRET.
1922	1.000 —	Professeur COMMANDEUR. Chef de Cl. EPARVIER.
1923	1.000 —	Professeur COMMANDEUR. Chef de Cl. EPARVIER.
1925	1.000 —	Professeur COMMANDEUR. Chef de Cl. GAUCHERAND.
1927	1.000 —	Professeur TRILLAT. Chef de Cl. GAUCHERAND.
1928	1.000 —	Professeur VORON. Chef de Cl. BAUSSILLON.
1927 1928	2.000 observations	Profes. Agrégé RHENTER Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse.

Nous avons éliminé tous les cas dans lesquels une dystocie fœtale ou maternelle pouvaient provoquer une prolongation du travail, tous les avortements et les accouchements gémellaires, ainsi que tous ceux dont nous n'avons recueilli que des renseignements douteux ou insuffisamment précis. Il est évident, en effet, que les renseignements fournis par les parturientes n'ont qu'une très médiocre valeur. Dans quelques cas, le liquide amniotique est tellement faible, qu'il passe inaperçu. D'autres fois, les femmes se sentent mouillées, mais ne le sont que par les glaires et les mucosités s'échappant des parties génitales ; par de l'urine ou du liquide retenu dans le vagin après une injection. Enfin, du liquide amniotique peut bien s'écouler en dehors, et néanmoins il existe une poche

des eaux, soit que l'on ait affaire à une ouverture des membranes siégeant au-dessus de l'orifice utérin, soit qu'il y ait eu rupture d'une poche amnio-choriale.

Nous avons donc ainsi évité toutes causes d'erreurs, afin d'atteindre à une meilleure vérité pratique qu'il n'était pas possible de retrouver dans les connaissances actuelles de la question, comme va le montrer le rapide historique qui va suivre.



HISTORIQUE

HIPPOCRATE avait déjà connaissance que la rupture de la poche des eaux pouvait se faire prématurément, et il en portait alors un mauvais pronostic pour la mère et pour l'enfant. « Chez quelques femmes, écrit-il, les eaux s'écoulent avant l'accouchement, de la sorte nécessairement les douleurs sont sèches et laborieuses. Celles, au contraire, dont les eaux ne sortent pas prématurément, accouchent facilement. »

SORANUS D'EPHÈSE redoutait la rupture prématurée et proscrivait tout rapport sexuel, qui pouvait avoir pour effet de rompre le chorion.

MAURICEAU voit, lui aussi, un danger à ce que les eaux s'écoulent trop tôt, laissant l'enfant à sec dans l'utérus. Il recherche la cause de cet accident dans la minceur exagérée des membranes.

GARDIEN a étudié le rôle de la poche des eaux sur la dilatation du col, et il craint de voir le travail s'allonger dans les cas où la poche des eaux s'est rompue avant l'heure.

BAUDELOCQUE cherche, comme MAURICEAU, la cause des ruptures prématurées dans la fragilité du chorion et il craint, à son tour, que le travail ne s'allonge.

M^{me} DE LA CHAPELLE, malgré son grand esprit d'observation, n'a pas échappé à la doctrine du moment, lorsqu'elle dit : « Plus il y a de temps que les membranes sont rompues, plus la mère et l'enfant sont en péril. »

Elle signale même un danger nouveau, et, pour elle, la perte prématurée des eaux serait cause de l'insuffisance des contractions utérines qui se manifestent après l'accouchement, chez certaines femmes.

Toutes ces craintes diminuent et se dissipent même avec PUZOS, qui s'élève contre l'opinion générale, faisant voir un danger dans la rupture prématurée de la poche des eaux.

MERRIMANN, qui est plus affirmatif et qui dit que le travail est d'autant plus sûr, « que la poche se rompt plus tôt ».

NÆGELE, qui en reconnaît la fréquence chez les primipares, pour qui, « en général, il ne résulte pas de suites fâcheuses si le travail ne traîne pas trop en longueur ».

Au seuil du XVIII^e siècle, le danger paraît bien atténué, et l'on se préoccupe de rechercher les causes possibles de cette rupture anormale.

DUBOIS reconnaît, comme cause la plus fréquente, l'action des contractions indolores de la fin de la grossesse.

HUBERT DE LOUVAIN croit remarquer que la rupture des membranes avant le travail survient surtout quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne.

CHAILLY Honoré pense que l'on a beaucoup exagéré l'influence défavorable de cet accident sur le travail. Il reconnaît, au contraire, une certaine utilité à la rupture prématurée, dans certains cas. « L'utérus est-il trop distendu, elle permet à cet organe de revenir sur lui-même, elle favorise les contradictions et accélère ainsi le travail. »

Il reste plus réservé sur le pronostic de l'enfant.

« Il est bien certain, écrit-il, que, dans les présentations qui ne bouchent pas hermétiquement l'orifice, l'écoulement d'une grande quantité de liquide rend le travail plus dangereux pour l'enfant, puisqu'il cesse d'être protégé pendant les contractions par une couche de liquide entre ses parties et l'utérus. Dans les présentations du sommet, cette influence fâcheuse n'existe pas dans la majorité des cas, parce que la tête, bouchant l'orifice utérin, ne permet l'écoulement du liquide amniotique que graduellement. »

CAZEAUX reconnaît, comme DUBOIS, la cause de la rupture dans les contractions indolores. « Il est infiniment probable que l'utérus se contractait déjà depuis quelque temps, et c'est à ces contractions non douloureuses qu'il faut attribuer cet accident, à moins qu'on aime mieux en voir la cause dans l'excessive distension de la poche amniotique. »

Il admet, en outre, contrairement à l'opinion de CHAILLY, que le travail en est rendu plus long et plus laborieux.

GUENIOT fait une clinique, et s'il reconnaît, comme cause essentielle, les contractions indolores, il admet comme cause adjuvante une présentation irrégulière, dans laquelle la saillie des membres peut déchirer les membranes.

GARIPUY cherche à prouver par les faits les différentes opinions modernes sur la question. C'est ainsi qu'il établit une statistique pour rechercher quelle est la fréquence de cet accident si on le rencontre plus souvent chez les primipares que chez les multipares ;

quelle est la durée de l'accouchement dans ces cas, et quelle est l'influence sur la mère et sur l'enfant. »

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces résultats.

En Angleterre, DUNCAN recherche les causes qui empêchent l'accouchement de survenir immédiatement après l'écoulement des eaux.

HUGEMBERGER, en Allemagne, dresse une statistique dans le but de fixer le pronostic de cet accident touchant la mère et l'enfant, ainsi que sa fréquence chez les primipares et les multipares.

Le désaccord est profond entre GARIPUY et lui en tous points.

RAULIN, dans sa thèse, établit une statistique qui porte sur les cas de rupture prématurée, où la déchirure avait eu lieu avant le travail ou en même temps que lui, et laisse de côté celles qui étaient survenues quand le col avait commencé de se dilater.

PINARD met le premier de l'ordre dans l'étude du moment de rupture. Jusqu'à ce moment, on avait appelé indifféremment prématurées toutes les ruptures qui survenaient avant la dilatation complète. PINARD, au contraire, en arrive aux dénominations de rupture tempestive, de rupture précoce, de rupture prématurée, suivant que la déchirure des membranes se produit au temps d'élection, c'est-à-dire la dilatation complète, ou au début du travail ou pendant la grossesse. Il s'intéresse à la cause des ruptures prématurées, et c'est l'action de l'insertion basse du placenta qu'il cherche à mettre en évidence, négligeant les différentes causes, qui sont : minceur des membranes, hydramnios, mauvaise présentation,

CHARPENTIER ne veut pas reconnaître, dans l'insertion basse du placenta, la véritable cause. « Si la proposition de PINARD était vraie, il devrait toujours y avoir une rupture prématurée des membranes dans les cas d'insertion basse du placenta ; or, nous savons qu'il est loin d'en être ainsi, que la rupture prématurée des membranes est un moyen qui a été préconisé par PEZOS comme traitement de l'insertion basse. »

TARNIER et CHANTREUIL s'intéressent toujours uniquement aux ruptures prématurées et en concluent que cet accident n'a pas d'influences fâcheuses sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant, si la femme est à terme ou près du terme.

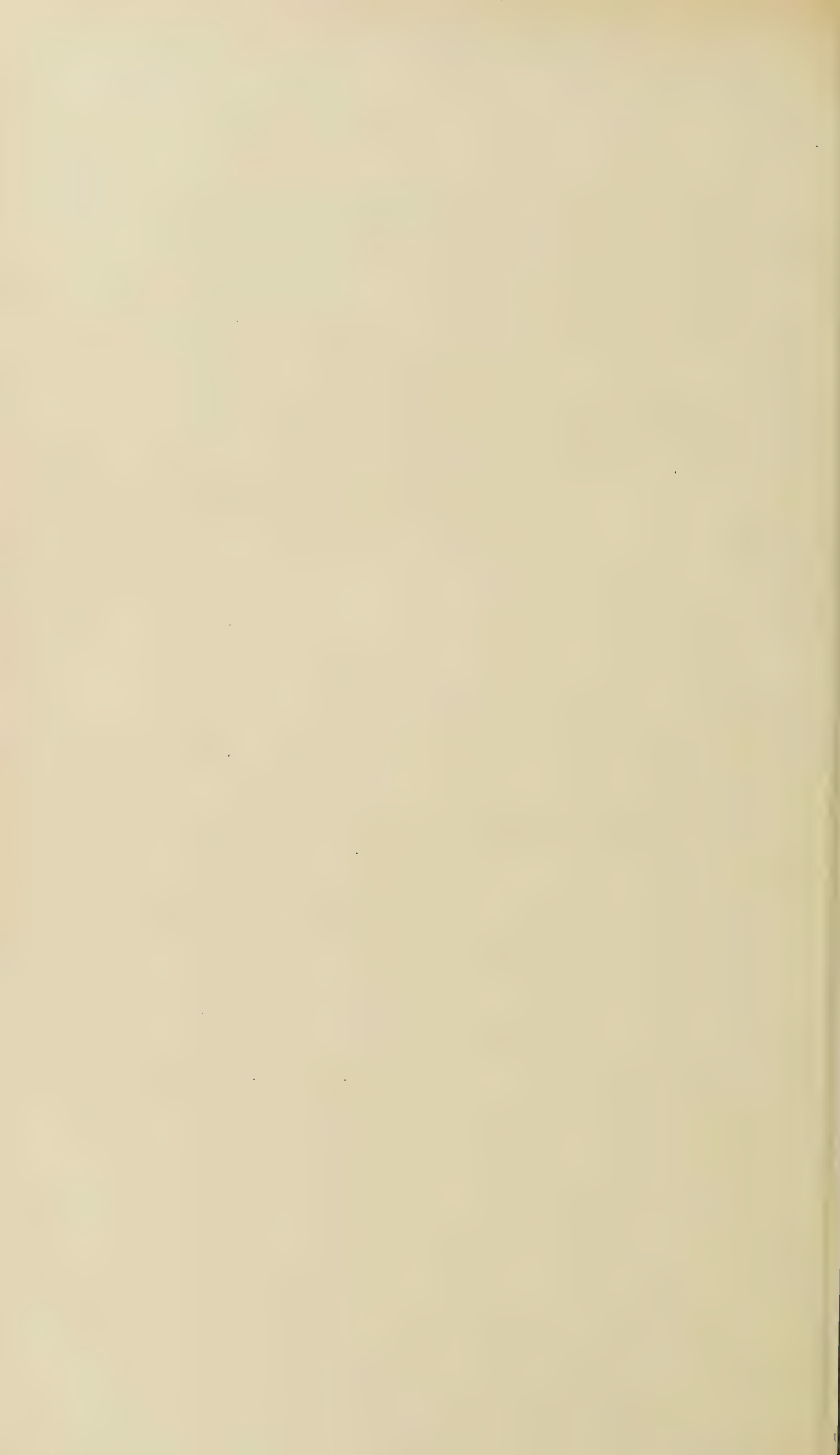
Joseph KEISS et DOCKHORN, sous l'instigation de leur maître, ont fait des recherches sur l'influence que pouvait avoir la rupture des membranes sur la marche de l'accouchement.

Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur leurs conclusions.

DESCLOZEUX, dans sa thèse, consacre pour la première fois une étude des ruptures précoces, les différenciant nettement des ruptures prématurées.

Egalement dans sa thèse, PIERRE cherche l'influence des ruptures précoces et prématurées sur la durée de l'accouchement.

Enfin, KREIZ, au Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg, en 1923, fait un rapport au sujet de l'influence de la rupture prématurée des membranes sur la fièvre puerpérale. Dans le *Journal d'obstétrique de gynécologie*, en 1928, il s'intéresse au rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement.



INTRODUCTION

On admet aujourd'hui, d'une façon générale, que l'on peut ainsi définir et classer les différents modes de rupture de la poche des eaux.

A la rupture des membranes, se produisant naturellement d'elle-même, on donne le nom de rupture spontanée.

A dilatation complète, la rupture spontanée est dite tempestive.

Avant la dilatation complète, mais pendant le travail, elle prend le nom de rupture précoce.

Avant tout début de travail, c'est-à-dire pendant la grossesse, elle s'appelle rupture prématurée.

Il s'agit, au contraire, de rupture artificielle si la poche des eaux a dû être rompue. Dans ce cas, on doit encore distinguer :

Rupture artificielle à dilatation complète ;

Rupture artificielle, avant dilatation complète.

C'est dans cet ordre que nous exposerons la question. Dans le chapitre I, nous essaierons de dresser une statistique comparative entre les divers modes de rupture dans leur fréquence. Dans les chapitres suivants, nous envisagerons chacun des cas particuliers, dans leurs causes possibles et leur pronostic, touchant, soit la mère, soit l'enfant.

Délaissant parmi les nombreuses raisons pouvant servir de mécanisme de rupture, invoquées par les

divers auteurs, celles qui n'ont pas résisté à l'épreuve du temps et des connaissances actuelles, nous avons retenu seulement les causes possibles suivantes :

La parité ;

La présentation ;

L'âge de la grossesse ;

Le poids de l'enfant.

De même, dans l'influence possible de tel mode de rupture sur l'accouchement ou ses suites nous avons simplement noté :

La durée du travail ;

Les suites de couches ;

Le devenir immédiat du nouveau-né.

C'est dans le cadre ainsi établi que nous allons dès maintenant adapter nos recherches statistiques.

CHAPITRE PREMIER

Les divers modes de rupture dans leur fréquence

« Quand la dilatation est complète quelquefois avant, la poche des eaux se rompt sous l'influence d'une contraction énergique. »

C'est ainsi qu'aujourd'hui s'expriment les classiques, dans les quelques lignes consacrées au chapitre de la rupture des membranes. On n'y trouve pas la précision de données statistiques, et l'idée que l'on en retient, c'est que normalement, c'est-à-dire le plus souvent, la poche des eaux se rompt à ce moment précis où le col s'est complètement dilaté. Cependant, nous devons noter ici que le Professeur FABRE, dans son *Manuel d'Obstétrique*, insiste davantage sur cette question et la précise un peu. Loin d'affirmer que la rupture se fait d'une manière générale à dilatation complète, il donne des chiffres et met ainsi en évidence que, dans :

25 % des cas la rupture est spontanée tempestive;

25 % des cas elle est précoce ;

25 % des cas elle est retardée.

Ces résultats allaient déjà contre les recherches de CHURCHILL et de GARIBUY, qui, dans des statistiques

trop étroites sans doute, retrouvaient la rupture spontanée tempestive comme le mode le plus fréquent.

Voici les résultats que mettent en évidence nos chiffres personnels :

Sur 10.000 observations, les modes de rupture que nous avons relevés s'établissent ainsi :

Ruptures spontanées tempestives 1.767

Ruptures spontanées non tempestives :

 Précoces 3.400

 Prématurées 2.578

Ruptures artificielles :

 A dilatation complète 2.119

 Avant dilatation complète 136

Pourrait-on affirmer, en lisant ces chiffres, que la rupture la plus souvent observée est celle qui survient au moment de la dilatation complète ? Alors que nous constatons que ce mode de rupture ne survient en pratique que dans 17 % des cas.

CHAPITRE II

Des ruptures spontanées tempestives

Physiologiquement parlant, la rupture spontanée tempestive, c'est-à-dire survenant à dilatation complète, doit être considérée comme la rupture au temps normal. C'est le mode type auquel nous nous rapporterons.

Nous allons donc nous borner à exposer, sans commentaires, les chiffres qui vont constituer cette table de comparaison, vers laquelle nous nous reporterons toujours pour interpréter les résultats obtenus par l'étude des divers autres modes de rupture.

Rupture et Parité :

Primipares	738
Multipares	1.029

Rupture et présentation :

O. I. G. A.	1.090
O. I. D. P.	632
Sièges	51
Epaules	4

Rupture et âge de la grossesse :

A terme	1.551
Prématuré	156

Rupture et poids de l'enfant :	
Entre 3.000 et 3.500 gr.	1 204
Plus de 3.500 gr.	228
Moins de 3.000 gr.	335
Rupture et durée du travail :	
Entre 8 et 12 heures	452
Moins de 8 heures	703
Plus de 12 heures	612
Rupture et suites de couches :	
Infection puerpérale	50
Hémorragie de la délivrance.	56
Rupture et devenir immédiat de l'enfant :	
Morts	16
Morts apparentes	12

CHAPITRE III

Des ruptures prématurées

2.578 sur 10.000 observations = 25,78 %

RUPTURES PRÉMATURÉES ET PARITÉ

GARIPUY, en 1873, sur 308 cas, trouve 119 primipares seulement. AZAIS, sur 936 cas, observe 429 multipares et 402 primipares. Au contraire, HUCEMBERGER en Allemagne et RAULIN en France dressent des statistiques et sont d'accord pour admettre que la primiparité est une cause prédisposante de rupture prématurée.

Sur 285 accouchements de primipares : 69 cas de rupture prématurée ;

Sur 297 accouchements de multipares : 59 cas de rupture prématurée ;

De ces chiffres, ils concluent que les femmes sont d'autant moins exposées à voir la poche des eaux se rompre prématurément, qu'elles ont un nombre d'accouchements antérieurs plus considérable.

PINARD, en 1881, observe, comme GARIPUY et AZAIS, que, sur 147 cas de rupture prématurée, il ne se trouve que 51 primipares, et il croit en trouver la raison

dans le fait que l'insertion basse du placenta, cause de la rupture, est plus fréquente chez les multipares. Mais il insiste sur ce fait que, le placenta étant inséré au même niveau, les ruptures prématurées sont plus fréquentes chez les primipares, car il croit, avec CAZEAUX, que la rupture coïncide avec une présentation du sommet fortement engagée dans l'excavation ; or, chez les multipares, le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne se produit plus tardivement.

Nous avons trouvé, sur nos observations, 1.248 primipares et 1.330 multipares. La légère supériorité numérique de ces dernières suffit-elle à nous faire affirmer que la multipare est prédisposée à voir ses eaux s'écouler prématurément ? Sans doute, non, et nos résultats viennent au contraire unir les hypothèses contradictoires des auteurs cités ci-dessus. Ils nous montrent, en effet, qu'au point de vue pratique, la rupture prématurée semble indifférente à la parité, et nous en déduisons que si la primipare, logiquement, mécaniquement parlant, est prédisposée à déchirer prématurément ses membranes, la multipare, dont le placenta s'insère souvent trop bas, trouve là une cause suffisamment mise en évidence par PINARD, pour ouvrir sa poche des eaux avant tout début de travail.

RUPTURE PRÉMATURÉE ET PRÉSENTATION

DEPAULE regarde la rupture prématurée comme de règle dans les présentations qui ne sont pas la tête.

Il en voit la raison dans ce fait que le pôle foetal bouchant moins complètement l'orifice, une plus grande quantité de liquide s'écoule dans les parties déclives. Il en résulte que les membranes sont plus tôt et plus fortement distendues et qu'ainsi elles se rompent avant l'heure.

La statistique d'HUGEMBERGER vient à l'appui de cette hypothèse :

Sur 967 sommets	194 ruptures prématurées	=	20 %
— 669 faces ..	115 — —	=	21,7 %
— 454 sièges ..	115 — —	=	25,5 %
— 76 épaules .	32 — —	=	48,1 %
— 4 fronts ..	2 — —	=	40 %

RAULIN confirme :

Sommets 460 ruptures normales pour 113 ruptures prématurées

Faces ..	4 —	1 —
Sièges ..	18 —	7 —
Epaules.	4 —	0 —

HUBERT DE LOUVAIN est plus précis encore, et, pour lui, la rupture des membranes avant le travail survient surtout quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne, et il l'explique par les pressions exagérées exercées par les pieds sur les membranes.

Personnellement, sur les 2.578 ruptures prématurées, nous avons noté :

1.464 O. I. G. A.;

1.018 O. I. D. P.;

86 sièges ;

6 faces ;

4 épaules.

Si, comparativement, nous nous rapportons aux ruptures spontanées tempestives, nous trouvons que

Pour les 2,8 % de sièges dans les ruptures normales, nous avons en regard : 3,1 % de sièges dans les ruptures prématurées ;

Pour 60 % de O. I. G. A. dans les ruptures normales, nous avons : 57 % de O. I. G. A. dans les ruptures prématurées ;

Pour 37 % de O. I. D. P. dans les ruptures normales, nous avons : 39 % de O. I. D. P. dans les ruptures prématurées.

Que conclure de ces chiffres, si ce n'est que de peu d'importance est le rôle de la présentation, si l'on doit cependant noter que les ruptures prématurées sont légèrement plus fréquentes à la suite de présentations autres que l'O. I. G. A. ?

RUPTURE PRÉMATURÉE ET AGE DE LA GROSSESSE

« La rupture prématurée se produit plus souvent à certaines époques de la grossesse qu'à d'autres. C'est ainsi qu'on la rencontre d'autant plus fréquemment, que les malades approchent du terme. » C'est ce qui ressort de la statistique de RAULIN :

Sur 127 ruptures prématurées

- 91 à terme ;
- 27 à 8 à 9 mois ;
- 4 à 7 à 8 mois ;
- 2 à 6 à 7 mois ;
- 1 à 1 à 5 mois ;
- 2 inconnues.

Nos résultats, portant sur un bien plus grand nombre d'observations, nous conduisent sans doute à cette même conclusion :

Sur 2.578 accouchements à rupture prématurée :

87 % à terme ;

13 % prématurés.

Mais nous cherchons uniquement à savoir si le fait que l'accouchement va se déclencher, ou se déclenche avant l'heure, prédispose à tel mode de rupture.

Anticipons donc et établissons tout de suite la comparaison :

Ruptures spontanées tempestives.	9 %
— prématurées.....	13 %
— précoces.....	11,8 %
— tardives.....	12 %

Il n'y a pas là, certes, différences suffisantes pour affirmer une prédisposition quelconque ; au contraire en profiterons-nous tout de suite pour conclure que l'on ne doit pas rechercher dans ce fait qu'une femme accouche avant terme, une raison, quelconque susceptible de favoriser tel mode de rupture.

RUPTURE PRÉMATURÉE ET POIDS DE L'ENFANT

HUGEMBERGER, en considérant comme gros enfants ceux qui pesaient entre 3.700 et 4.650 grammes, est arrivé au résultat suivant :

Sur 8.507 cas de ruptures normales : 618 gros enfants ;

Sur 2.106 cas de ruptures prématurées : 243 gros enfants,

Il est évident que, d'après ces chiffres, le volume de l'enfant est une cause prédisposante indiscutable. Mais RAULIN, dans sa statistique, ne s'accorde nullement et trouve en effet :

Sur 583 cas de ruptures normales : 47 enfants de 3.700 à 4.600 grammes ;

Sur 125 ruptures prématurées : 11 enfants de 3.700 à 4.600 grammes.

Nos chiffres nous opposent également aux conclusions d'HUGEMBERGER.

Sur 2.578 ruptures prématurées, nous trouvons en effet :

1.697 enfants entre 3.000 et 3.500 grammes ;

574 enfants au-dessous de 3.000 grammes ;

308 enfants au-dessus de 3.500 grammes.

Dans les ruptures spontanées, nous avons trouvé, sur 1.767 observations :

1.204 entre 3.000 et 3.500 grammes ;

228 de plus de 3.500 grammes ;

335 ayant moins de 3.000 grammes.

Ce qui donne 12 % de gros enfants dans les ruptures prématurées et 13 % dans les ruptures normales.

Oserions-nous donc conclure que l'enfant, par son volume exagéré, expose sa mère à perdre les eaux prématurément ?

RUPTURE PRÉMATURÉE ET DURÉE DU TRAVAIL

Pendant longtemps on avait cru que, du fait que le liquide amniotique s'était écoulé avant tout début de travail, les douleurs devenaient sèches et laborieuses. Le travail traînait en longueur et l'accouchement en était rendu plus pénible.

Pour BAUDELOQUE, ça n'est pas parce que l'accouchement se fait à sec qu'il en est plus long et plus difficile, mais parce que une des causes qui doivent coopérer à la dilatation de l'orifice vient à manquer avant que cette dilatation ne soit faite.

A l'encontre de ces idées, CHURCHILL, qui observe les faits de plus près, reconnaît une certaine utilité à la rupture prématurée, qui favorise les contractions et accélère ainsi le travail. Sa statistique lui donne :

658 fois terminaison de l'accouchement après 4 heures ;

154 fois terminaison de l'accouchement entre 6 et 15 heures.

Plus récemment, Joseph KEISS et DOCKHORN, en Allemagne, arrivent à de semblables conclusions.

DOCKHORN, en prenant comme temps normal du travail :

15 heures pour les primipares,

10 heures pour les multipares,

constate que lorsque la rupture s'est faite avant le début des douleurs, la durée du travail est de 7 heures plus courtes que dans l'accouchement normal chez les primipares et de 5 heures plus courte chez les multipares.

Joseph KEISS montre que, sur 2.000 accouchements, la moyenne de durée est de :

15 h. 56 chez les primipares,

10 h. 42, chez les multipares.

dans les cas où la poche s'est rompue normalement. Dans les ruptures prématurées, au contraire, la moyenne est de :

8 h. 29 chez les primipares,

7 h. 42 chez les multipares,

ce qui donne en définitive un travail diminué de 6 h. 52 chez les primipares et de 2 h. 51 chez les multipares.

Tout récemment en France, KREIZ, de Strasbourg, a montré aussi l'action de la rupture prématurée sur la marche de l'accouchement.

Sur 122 accouchements :

Primipares :

28 primipares ont accouché en moins de 12 heures;

19 entre 12 et 15 heures ;

15 plus de 20 heures.

Multipares :

35 en moins de 10 heures ;

6 entre 10 et 15 heures ;

6 en plus de 15 heures.

Sur les 2.578 ruptures prématurées que nous avons retrouvées dans nos recherches, et en admettant l'intervalle de 10 à 12 heures comme temps moyen de durée du travail, chez les primipares et de 8 à 10 heures chez les multipares ;

1.706 ont accouché en moins de 8 heures ;

432 entre 10 et 12 heures ;

440 en plus de 12 heures.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que dans 70 % des cas l'accouchement est accéléré lorsque les eaux se sont écoulées avant toute douleur. Et à l'encontre des résultats obtenus par les Allemands, nous croyons devoir faire une grande différence entre la rapidité du travail chez les primipares et chez les multipares. En moyenne, chez les premières, il s'écoule de 5 à 8 heures entre le moment de la rupture et la fin de l'accouchement. Chez les secondes, il est très fréquent de voir l'accouchement se terminer alors en une demi-heure, une heure au plus. Souvent même l'intervalle est beaucoup plus court, et nous avons pu relever des cas où, après la rupture des membranes, la dilatation s'est faite en quelques douleurs et l'enfant expulsé en quelques minutes.

RUPTURE PRÉMATURÉE ET SUITES DE COUCHES

A. — *Infection puerpérale.*

Les infections puerpérales atteignent-elles de préférence les femmes qui ont perdu ? Longtemps on l'a cru, et, à cet égard, la rupture prématurée était regardée comme un accident redoutable. « Plus il y a de temps que les membranes sont rompues, écrivait M^{me} DE LACHAPELLE, plus la mère est en péril. »

L'observation stricte des faits ne vint jamais justifier ces craintes. GARIPUY en France, HUGEMBERGER en Allemagne, construisirent une statistique sur les faits

de leur pratique, dans le but de fixer le pronostic de cet accident, touchant la mère et l'enfant.

HUGEMBERGER, sur 8.376 accouchements à rupture normale, trouve 1.352 cas d'infection puerpérale.

Sur 2.106 accouchements à rupture prématurée, il n'observe pas plus de 334 infections puerpérales.

KREIZ, à Strasbourg, a fait sur ce sujet une importante étude, qu'il a résumée dans son rapport au Congrès de la fièvre puerpérale à Strasbourg en 1923.

Sur 2.667 accouchements : 252 cas d'infection puerpérale pendant les suites de couches.

Sur ces 252 cas, il y avait :

18 ruptures prématurées, soit 7,1 %,

et 234 ruptures normales, soit 92 %.

Cherchant ensuite à savoir s'il n'y a pas de relation entre la morbidité et le temps écoulé depuis la rupture jusqu'au début du travail, il dresse le tableau suivant :

1° La rupture coïncide avec le début des douleurs :
19 cas = 15 %.

Accouchements normaux	15
Sans fièvre	14
Avec fièvre	1
Accouchements compliqués	4
Sans fièvre	1
Avec fièvre	3

2° La rupture a lieu dans les 24 heures avant les douleurs : 59 cas = 48,3 %.

Accouchements normaux	45
Sans fièvre	43
Avec fièvre	2

Accouchements compliqués	14
Sans fièvre	10
Avec fièvre	4

3° Rupture de 25 à 48 heures avant le travail :

19 cas = 15 %.

Accouchements normaux	16
Sans fièvre	15
Avec fièvre	1
Accouchements compliqués	3
Sans fièvre	0
Avec fièvre	3

4° Rupture de 48 à 72 heures : 11 cas = 9 %.

Accouchements normaux	9
Sans fièvre	9
Avec fièvre	0
Accouchements compliqués	2
Sans fièvre	0
Avec fièvre	2

5° Rupture de 4 à 5 jours avant : 8 cas = 6,5 %.

Accouchements normaux	5
Sans fièvre	4
Avec fièvre	1
Accouchements compliqués	3
Sans fièvre	1
Avec fièvre	2

6° Rupture de 6 à 12 jours : 6 cas = 4,9 %.

Accouchements normaux	4
Sans fièvre	4
Avec fièvre	0
Accouchements compliqués	2
Sans fièvre	1

Avec fièvre 1

et l'auteur peut en conclure :

a) que le plus grand nombre des ruptures prématurées se font dans les 24 heures avant le début du travail ;

b) que la majorité des accouchements évoluent sans fièvre s'ils ne sont pas compliqués ;

c) que la morbidité ne progresse pas en proportion avec le temps écoulé depuis la rupture.

Nos recherches statistiques nous conduisent à des conclusions semblables. Nous les avons établies sur la totalité des fièvres puerpérales d'origine génitale dans le post-partum, éliminant systématiquement tous les cas d'origine extra-génitale, ainsi que les affections intercurrentes (tuberculose, grippe, angine, pyélonéphrite, cystite, mastite, etc....). Nous avons aussi négligé tous les accouchements où une dystocie quelconque était venue assombrir le pronostic des suites de couches. De même dans l'évaluation du temps écoulé entre la rupture et le début des douleurs, nous nous sommes méfiés des renseignements trop souvent imprécis des parturientes. Nous avons été ainsi conduit à classer simplement les ruptures : dans les 24 heures et avant plus de 24 heures.

Et voici ainsi établis nos résultats :

Sur les 2.578 cas de rupture prématurée :

92 infections puerpérales = 3,6 %

Sur les 1.767 ruptures normales, nous avons noté :

50 infections puerpérales = 3 % ;

Sur les 2.578 cas de rupture prématurée :

1.998 s'étaient faites dans les 24 heures.
et 580 — dans plus de 24 heures.

Sur les 92 infections puerpérales :

35 sont survenues dans les cas où la poche des eaux s'était rompue avant plus de 24 heures,

et 57 sont survenues dans les cas où la poche des eaux s'était rompue dans les 24 heures.

Il en résulte que la part de morbidité qui incomberait à la rupture prématurée des membranes en comparaison de la morbidité générale, d'origine génitale, est peu importante. Il est même discutable, comme l'affirme KREIZ, qu'il y ait une relation de cause à effet dans les fièvres du post-partum.

L'opinion que l'on avait longtemps soutenue de la rupture prématurée favorisant l'infection, est basée sur la conception du rôle protecteur de la poche des eaux, fondée elle-même sur des idées « exclusivement bactériologiques d'ordre mécanique). Mais l'invasion, l'ascension, la présence de bactéries, ne signifient pas infection, et les faits que nous avons rapportés prouvent bien que la rupture prématurée n'entraîne pas fatalement l'élévation de la température. D'ailleurs, cet accident des suites de couches, lorsqu'il n'y a pas rupture prématurée, est suffisamment fréquent pour pouvoir dire que l'intégrité relative des membranes est une barrière solide contre l'infection. Et l'on peut conclure avec KREIZ que, dans les conditions aseptiques aussi parfaites que l'on puisse les établir aujourd'hui, la rupture prématurée de la poche des eaux joue un rôle insignifiant quant à la probabilité d'une infection puerpérale.

B. — *Hémorragies de la Délivrance.*

Comme M^{me} DE LACHAPELLE, HUMGEMBERGER croit que l'hémorragie est plus fréquente quand il y a rupture prématurée des membranes. Voici le résultat de ses recherches :

Sur 8.376 accouchements à rupture normale : 236 hémorragies ;

Sur 2.106 accouchements à rupture prématurée : 83 hémorragies.

RAULIN confirme l'opinion du Professeur allemand.

Sur 587 accouchements normaux : 11 hémorragies ;

Sur 127 accouchements à rupture prématurée : 3 hémorragies.

Personnellement, nous pouvons mettre en évidence que :

Sur 1.767 accouchements à rupture normale : 63 hémorragies = 3,6 % ;

Sur 2.578 accouchements à rupture prématurée : 154 hémorragies = 6 %.

Et ces résultats, s'ils ne nous permettent pas d'avoir des craintes exagérées, doivent nous faire admettre cependant qu'une femme qui a perdu ses eaux avant toute douleur peut saigner plus facilement qu'une autre.

RUPTURE PRÉMATURÉE ET ENFANT

Pour des raisons d'ordre purement mécanique, on craignait autrefois pour le devenir de l'enfant. « Dans les présentations qui ne bouchent pas hermétique-

ment l'orifice, l'écoulement d'une grande quantité d'eau rend le travail plus dangereux pour l'enfant, puisqu'il cesse d'être protégé pendant les contractions par une couche de liquide interposée entre ses parties et l'utérus. » Mais CHAILLY ajoute que dans la majorité des cas, lorsqu'il s'agit d'une présentation du sommet, cette influence fâcheuse n'existe pas.

Dans la thèse de RAULIN, nous trouvons les chiffres suivants :

De 6 mois à terme :

Sommets :

Rupture prématurée : enfants vivants.....	115
— — : enfants morts	4
— normale : enfants vivants	541
— — : enfants morts	18

Sièges :

Rupture prématurée : enfants vivants.....	4
— — : enfants morts.....	1
— normale : enfants vivants	13
— — : enfants morts.....	4

Nos observations nous donnent :

Sur 2.578 ruptures prématurées : 86 morts = 3 % ;

Sur 1.767 ruptures normales : 18 morts = 1 %.

Mais, dans les 86 morts relevées dans les cas où le liquide amniotique s'était échappé prématurément, nous avons noté que :

73 fois il s'agissait de prématurés, dont 55 avaient un poids inférieur à 1.500 grammes.

Il est évident que si l'enfant est trop loin du terme,

il risque, du fait de la rupture, de naître sans être viable. La mère est ainsi exposée au danger de l'avortement.

Au contraire, lorsque l'enfant s'approche du terme, lorsqu'il est viable, nos résultats montrent encore que la rupture prématurée n'a aucune influence sur le devenir vital du nouveau-né.

CHAPITRE IV

Ruptures précoces

Si nous avons séparé aussi nettement les ruptures précoces des ruptures prématurées, c'est que, dans les conditions où nous étudions ce problème de la déchirure des membranes, nous avons cru retrouver des différences profondes.

Comme précédemment, étudions donc d'abord la fréquence des ruptures précoces en fonction de la parité :

RUPTURES PRÉCOCES ET PARITÉ

DESCLOZEUX, qui le premier dans sa thèse a consacré une étude statistique à ce mode de rupture, obtient les résultats suivants :

Sur 229 cas de rupture précoce :

140 primipares ;

89 multipares.

Nos chiffres nous donnent :

Sur 3.100 observations :

1.936 primipares = 57 % ;

1.164 multipares = 43 %

L'accord existe donc. Nous devons admettre que la jeune parturiente, nous voulons dire celle qui en est

à sa première grossesse, est, de ce fait, prédisposée à rompre ses membranes avant que la période douloureuse de la dilatation soit terminée.

Les observations cliniques montrent en effet que la tête est utile pour contribuer à la rupture spontanée, que la poche des eaux se maintient plus longtemps et dans un nombre de proportions plus grand lorsque le bassin est vide. Nous admettons que la tête fœtale qui, par les contractions utérines, est de plus en plus profondément chassée dans le bassin, forme piston en poussant devant elle une certaine colonne de liquide. A mesure que la tête s'adapte, elle fait également une cloison dans la poche. Cette cloison, qui ne sera que momentanée au maximum de la contraction, divise la cavité amniotique en une poche supra-polaire et infra-polaire. Cette dernière sera, à un moment, sous une pression extrême dépassant l'élasticité des membranes et, puisque le liquide ne communique plus ou seulement d'une façon réduite avec la grande poche, il ne pourra pas s'échapper vers le haut. A un moment, cette calotte infra-fœtale devra se rompre.

Il est évident que toutes ces conditions sont réalisées au maximum chez la primipare aux parties molles résistantes et dont la présentation est le plus souvent fortement engagée.

RUPTURES PRÉCOCES ET PRÉSENTATION

La présentation aurait-elle une influence sur la fréquence de la précocité des ruptures ?

Nous notons dans nos chiffres :

Sur les 3.400 observations :

1.834 O. I. G. A.....	55 %
1.402 O. I. D. P.....	41 %
142 sièges	3,4 %
14 faces	0,6 %
8 épaules	0,6 %

Sur les 1.767 observations à rupture normale, nous avons trouvé :

33 % d'O. I. D. P.;

61 % d'O. I. G. A.;

2,3 % de sièges.

Nous devons retenir par conséquent de ces résultats que si les présentations du sommet restent la règle dans les cas où la poche des eaux s'est rompue précocement, la présentation en O. I. D. P. s'observe d'une manière sensiblement plus fréquente que dans les cas où la rupture s'est faite à dilatation complète. Il est évident que la descente de la tête en O. I. D. P. se faisant moins facilement qu'en O. I. G. A., les conditions mécaniques favorables à la rupture précoce et que nous avons déjà énumérées, se trouvent plus facilement réalisées.

RUPTURE PRÉCOCE ET AGE DE LA GROSSESSE

Nous avons relevé dans nos 3.400 Observations :

437 prématurés, c'est-à-dire 11,8 %.

Dans nos observations de ruptures normales, les prématurés entraient dans la proportion de 9 %.

La différence est-elle donc suffisamment notable pour nous permettre une conclusion affirmative ?

Nous ne le croyons pas, et il serait imprudent à notre avis, d'après ces chiffres, de faire intervenir l'âge de la grossesse dans la question de la précocité de la rupture des membranes.

RUPTURE PRÉCOCE ET POIDS DE L'ENFANT

On aurait pu croire avec assez de logique qu'un enfant de volume exagéré pouvait constituer une cause favorable à la précocité de la déchirure des membranes. Nous avons donc recherché la vérité pratique de cette raison mais les résultats de l'observation ne sont nullement venus confirmer l'hypothèse.

Sur les 3.400 parturientes qui ont perdu les eaux précocement, les poids des enfants mis au monde s'échelonnent ainsi :

2.080 entre 3.000 et 3.500 grammes ;

590 moins de 2.000 grammes,

et seulement 730 pesaient plus de 3.500 grammes, c'est-à-dire 20 %.

Si nous nous souvenons que les gros enfants étaient dans la proportion de 13 % dans nos observations à rupture normale, il est évident que nous devons noter une légère supériorité numérique des enfants volumineux dans les cas de rupture précoce. Bien faible prédisposition, concluons-nous, que l'on doit cependant retenir et qui vient d'ailleurs s'adapter aux conditions mécaniques favorables que nous avons énumérées plus haut.

RUPTURE PRÉCOCE ET LONGUEUR DU TRAVAIL

DESCLOZEAUX avait pu écrire à la suite de son travail sur la question : « Lors de la rupture, le travail n'est-il pas commencé, la rupture prématurée ne le prolonge pas. Au contraire, la rupture n'a-t-elle lieu qu'après les premières douleurs, est-elle précoce en un mot, elle élève alors considérablement au-dessus de la moyenne la durée du travail, et cette prolongation entraîne la possibilité des plus graves conséquences :

Sur les 229 observations par lui étudiées, on trouve :

140 primipares, dont la durée moyenne du travail a été de 18 heures 3 minutes ;

Et 89 multipares, dont la durée moyenne du travail a été de 13 heures.

Nous avons nous-même constaté que sur les 3.400 cas étudiés :

1.608 avaient mis plus de 12 heures à accoucher ;

908 moins de 8 heures ;

884 entre 8 et 12 heures.

Sur les 1.608 dont le travail avait duré plus de 12 heures :

798 ont mis entre 12 et 20 heures ;

431 ont mis entre 20 et 30 heures ;

379 ont mis plus de 30 heures.

Ces chiffres sont suffisamment éloquents. Ils nous permettent d'affirmer que toute femme qui perd ses eaux dans les douleurs est exposée à souffrir plus longtemps que celle dont les membranes se sont rompues prématurément ou à dilatation complète.

Y a-t-il une cause physiologique qui puisse expliquer cette lenteur de la dilatation ?

Il semble que la brusque décompression survenant en plein travail détermine une « paresse utérine » dont la conséquence directe et logique est la longueur du travail. En envisageant le problème du côté purement mécanique, on a l'impression que lorsque les membranes cèdent durant la période douloureuse, le muscle utérin perd, par suite de la sortie du liquide amniotique, le point d'appui sur lequel s'était habitué à s'exercer sa force. Dès ce moment, il porte « à faux » et son action expulsive en est de beaucoup diminuée. La contraction utérine paraît « surprise » du brusque changement survenu dans les conditions mécaniques de son exercice ; elle est affaiblie et son rythme en perd toute régularité.

Si l'on ajoute que, comme les faits nous l'ont déjà montré, la rupture précoce survient surtout chez les primipares aux parties molles plus résistantes, s'opposant à la progression de l'enfant, on comprendra plus aisément encore que ce mode de rupture retentit souvent sur la durée de l'accouchement.

RUPTURE ET SUITES DE COUCHES

A. — *Infection puerpérale :*

Nous savons que le pronostic de l'accouchement pour la mère et pour l'enfant est en rapport avec la durée du travail. Plus l'accouchement est long, plus la femme se fatigue et plus elle est sujette à la fièvre du « *tœdius labor* » des Anglais.

DEMELIN, PINARD et WALICH ont montré que le travail a une influence considérable sur l'infection,

« Telle femme qui a pu rester bien des jours avant le travail avec ses membranes rompues, qui, peu de temps après les premières douleurs, donne des signes d'infection. Il faut voir là sans doute l'influence du terrain affaibli par la fatigue du travail, en même temps que par l'action défavorable du traumatisme. »

Nos recherches nous ont permis de retrouver indiscutablement, dans 80 % des cas de rupture précoce, le clocher thermique qui suit immédiatement l'accouchement, dure à peine 2-3 jours et qui signe l'évolution de l'« état fébrile du travail ».

Pour ce qui est de la fréquence de l'infection puerpérale vraie, notre avis ne sera sans doute pas conforme à la pensée des auteurs, ou du moins nos résultats ne justifieront pas leurs craintes.

D'ailleurs DESCLOZEAUX, dans sa thèse, démontre que l'infection puerpérale ne survient pas plus fréquemment lorsque les eaux se sont écoulées précocement. Il avance que les ruptures prématurées sont à ce titre beaucoup plus redoutables, et que la proportion d'infections dans ces deux modes de rupture est de 1 à 5.

Sur les 3.400 observations par nous étudiées, nous avons constaté que :

187 accouchements seulement, c'est-à-dire 5,5 %, s'étaient compliqués d'infection puerpérale.

Rappelons nous que cet accident n'était survenu que dans :

3,6 %	des accouchements à rupture prématurée
et 3 %	— — — — — normale.

et admettons que la fréquence légèrement accusée

dans le premier cas est le résultat plus logique des interventions nécessitées par la longueur du travail, que le fait même de l'ouverture précoce des membranes.

B. — *Hémorragies :*

Tout comme dans les cas où la poche s'est ouverte prématurément, nous trouvons ici 5,8 % d'hémorragies de la délivrance, c'est-à-dire plus exactement :

200 cas sur 3.400 observations.

Si nous notons tout de suite la fréquence de cet accident dans les divers modes de rupture :

Ruptures spontanées tempestives...	3,6 %
— tardives	4,4 %
— précoces	5,8 %
— prématurées	6 %

Nous voyons que c'est dans tous les cas où la déchirure s'est faite avant ou après la dilatation complète, c'est-à-dire toutes les fois où la mère a poussé sur un enfant non protégé par le liquide amniotique, ou qu'au contraire la contraction utérine s'est exercée sur ce dernier, emprisonné dans ses membranes et prêt déjà à être expulsé, que le placenta s'est plus souvent décollé.

RUPTURE PRÉCOCE ET ENFANT

Dans sa thèse, DESCLOZEUX a résumé ainsi les dangers menaçant l'enfant lorsque sa mère a perdu ses eaux pendant la période de dilatation :

1° Troubles circulatoires, surtout procidence du cordon ;

2° Dangers d'infection ;

3° Troubles mécaniques. (Les mouvements étant rendus plus difficiles dans un utérus à sec et plus ou moins contracté. Souvent aussi, impossibilité pour l'accoucheur de modifier une présentation vicieuse.)

Il en voit la raison dans la longueur du travail, dans l'excès de pression exercée directement sur le fœtus et surtout dans la mauvaise répartition de la pression utérine.

Sans doute imagine-t-on facilement les conditions mécaniques ainsi réalisées. Mais n'est-on pas là dans un domaine par trop théorique ?

Interrogeons les faits et essayons de voir s'ils justifient toutes ces craintes.

Nous trouvons :

2,5 % : 87 mort-nés et 84 enfants en état de mort apparente dans les 3.400 accouchements qui nous intéressent ;

0,9 % : 17 morts et 12 morts apparents avaient suivi les 1.767 accouchements à rupture normale.

En interprétant strictement ces résultats, nous devrions admettre que :

Pour 2 femmes qui accouchent d'un mort-né, ayant perdu leurs eaux à dilatation complète,

5 femmes en font ainsi, qui ont perdu leurs eaux précocement.

Mais ce serait là abuser du langage des chiffres, et nous croyons être plus près de la vérité en disant que si toute femme qui a perdu ses eaux précocement risque, du fait de la longueur de sa période de travail, de voir souffrir son enfant ; on n'a nullement le droit cependant de porter un pronostic défavorable sur le devenir de ce dernier.



CHAPITRE V

Ruptures Artificielles

A. — RUPTURES ARTIFICIELLES A DILATATION COMPLÈTE

La poche des eaux devant fatalement s'ouvrir à un moment donné, pour permettre à l'enfant de passer, celui-ci risque, si les membranes résistent après la dilatation complète, de naître « coiffé », entraînant ainsi avec lui le placenta. Dans ces cas-là, on est évidemment conduit à ouvrir l'œuf artificiellement.

Quelle est la fréquence de cette anomalie

25 % des cas dit le Professeur FABRE, et nous trouvons dans notre statistique :

2.119 parturientes ayant conservé tardivement leurs membranes, c'est-à-dire 21,19 %, et nous voyons par là que ce mode de rupture est, comme les précédentes, plus fréquent que celui à dilatation complète.

Essayons d'en chercher les raisons suivant la méthode déjà suivie :

RUPTURE ARTIFICIELLE ET PARITÉ

Il nous suffit de lire le résultat de nos observations pour avoir une impression très nette sur l'influence de la parité,

Sur les 2.119 femmes ayant gardé leur poche des eaux intactes après la fin de la dilatation :

1.368 étaient des multipares, c'est-à-dire 64 %, et seulement 751 mettaient au monde leur premier enfant.

M^{me} DE LACHAPELLE avait déjà fait pareille remarque, mais prenait sans doute l'effet pour la cause lorsqu'elle disait : « On voit quelquefois la position haute être le résultat d'une résistance des membranes. »

Nous interpréterons différemment, surtout si nous nous souvenons de ce que nous avons écrit plus haut dans ce même chapitre consacré aux ruptures précoces. Nous y avons montré que la primiparité était au contraire, dans ce cas là, cause prédisposante. Nous avons cru en trouver la raison dans l'action de la tête fortement engagée le plus souvent et formant « piston » en poussant devant elle une colonne de liquide qui, établissant dans la poche amniotique infrapolaire, à chaque contraction, une surpression, finit par vaincre la résistance des membranes.

Chez les multipares, nous savons qu'au contraire il en est autrement : la présentation reste longtemps mobile, le piston fait défaut, et quoi d'étonnant alors que les membranes restent longtemps intactes au delà de la dilatation.

Si nous parlions un langage mathématique, il nous serait permis de dire que nous avons là démontré par les faits la réciproque d'un théorème dont nous avons étudié les données dans le chapitre « Rupture précoce et primiparité »,

RUPTURE ARTIFICIELLE A DILATATION COMPLÈTE
ET PRÉSENTATION

Les 2.119 enfants nés, après qu'artificiellement on eût rompu la poche des eaux, s'étaient ainsi présentés :

1.252 en O. I. G. A.....	c'est-à-dire	59 %
832 en O. I. D. P.....	—	39 %
29 en siège	—	1,4 %
3 épaules	—	0,6 %
3 faces	—	0,6 %

Ainsi donc, les présentations autres que le sommet sont, dans ce cas, assez rares.

Nous trouvons 1,4 % de sièges, alors que nous avons constaté cette présentation dans :

2,8 %	des ruptures normales,
3,1 %	— prématurées,
2,3 %	— précoces.

Nous avons montré que les membranes résistent d'autant plus facilement que le bassin est vide. Quoi d'étonnant alors que dans ces cas où l'on a dû rompre la poche des eaux, le plus souvent chez les multipares, nous trouvions à peu près toujours des présentations du sommet, qui tardent à s'engager ?

RUPTURE ET AGE DE LA GROSSESSE

252 prématurées sur les 2.119 observations, c'est-à-dire 12 %.

Nous en avons trouvé :

9 % dans les ruptures normales

13 %	—	prématurées
11,8 %	—	précoces

Aussi confirmons-nous encore notre conclusion, à savoir que l'on ne doit pas rechercher, dans ce fait qu'une femme accouche avant l'heure, une raison quelconque susceptible de prédisposer à tel mode de rupture.

Nous en dirons de même en ce qui concerne le poids de l'enfant, qui ne nous paraît pas constituer un facteur capable de jouer un rôle dans le mécanisme de rupture de la poche des eaux.

RUPTURE ARTIFICIELLE A DILATATION COMPLÈTE ET LONGUEUR DU TRAVAIL

Les résultats statistiques nous montrent que :

30 %	620 femmes	ont accouché entre 8 et 12 heures
28 %	601	— en plus de 12 heures
42 %	898	— en moins de 8 heures

Dans 72 % des cas la longueur du travail n'a donc pas dépassé 12 heures, et dans presque la moitié de nos observations les parturientes ont accouché en moins de 8 heures.

Nous étonnerons-nous de cela si nous nous souvenons qu'il s'agit surtout de multipares qui « comme si elles avaient acquis l'expérience, ont appris à abrégier leurs douleurs tout en protégeant jusqu'au bout leur enfant dans ses membranes restées intactes ».

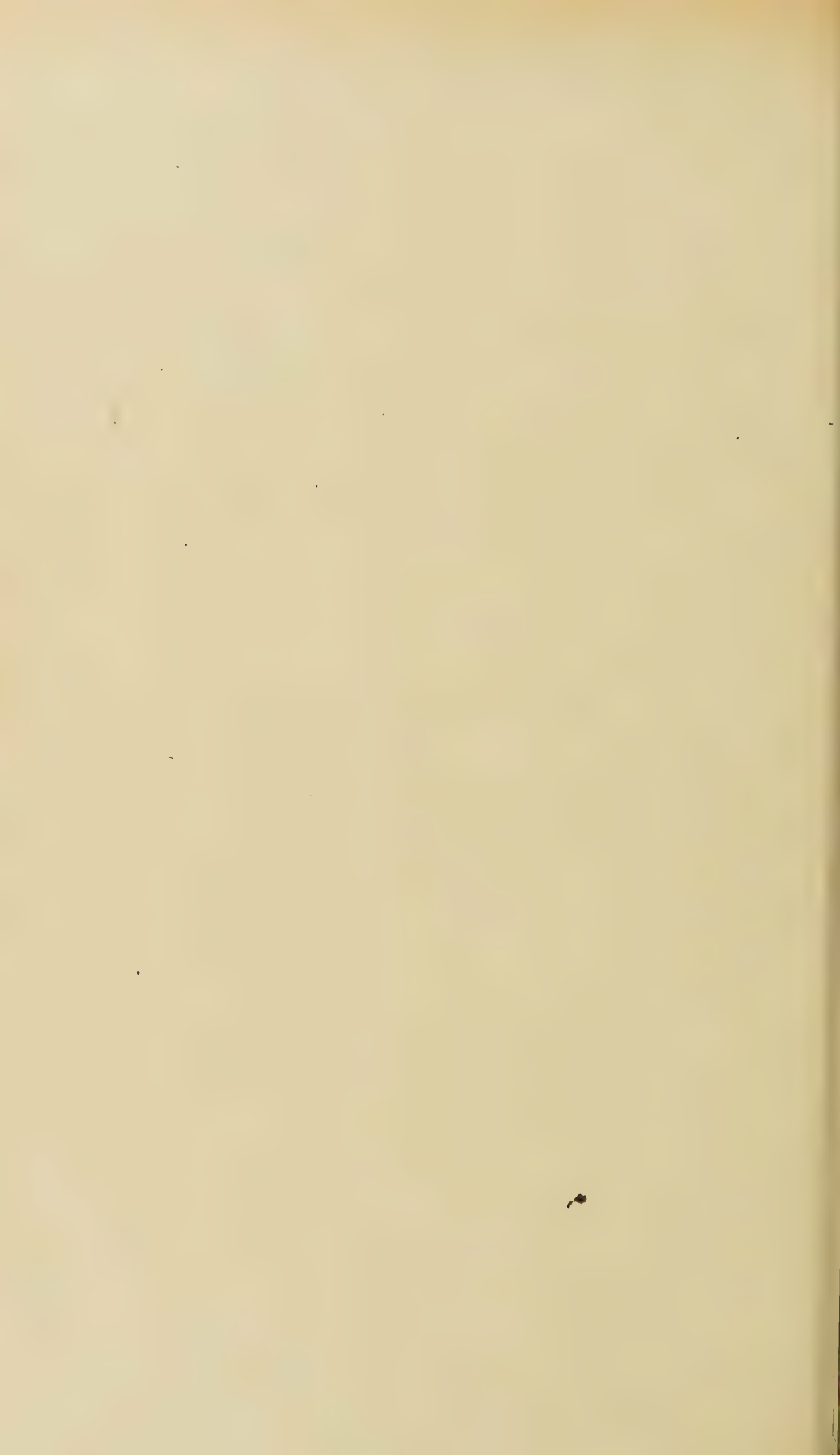
RUPTURE ARTIFICIELLE A DILATATION COMPLÈTE
ET SUITES DE COUCHES

Nous pouvons augurer de ce qui précède que toutes les conditions sont ici réalisées pour que s'effectue cet accouchement idéal, type, où la mère et l'enfant n'auraient à craindre aucun danger.

Et en effet, les chiffres nous montrent, sans aucun doute, que c'est bien dans tous ces cas où la poche des eaux s'est maintenue le plus longtemps intacte, que nous trouvons les meilleurs résultats :

46 cas d'infection puerpérale, c'est-à-dire	2,1	%	
94 — avec hémorragie	—	4,4	%
27 — morts nés	—	0,1	%
4 — morts apparentes	—	0,08	%

Tous ces chiffres sont inférieurs à ceux que déjà nous avons mis en évidence dans les chapitres précédents. Mais il reste encore des accidents, sans doute inévitables, qui montrent bien cependant qu'il faut se garder d'avoir une conception trop absolue du sac ovulaire servant de barrière protectrice.



CHAPITRE VI

Ruptures Artificielles avant dilatation complète

Ce dernier chapitre sera bref. La rupture artificielle avant dilatation complète est en effet une nécessité à laquelle on est obligé de recourir dans des circonstances rares et à peu près toujours les mêmes.

Nous avons relevé dans nos 10.000 observations, 136 cas de ruptures artificielles avant dilatation complète, c'est-à-dire 1,3 %.

125 fois on avait été conduit à cette petite intervention, à la suite d'hémorragie par décollement placentaire ;

11 fois il s'agissait d'hydramnios.

Nous sommes donc ici dans un domaine tout particulier, où la rupture des membranes devient une nécessité urgente, qui n'est plus conditionnée par toutes les raisons qui ont fait jusqu'ici l'objet de ce travail.

Qu'il nous soit permis cependant de noter en passant l'influence prédisposante de la multiparité.

PINARD, sur 147 observations, avait constaté que 105 fois, les membranes s'étendant de la déchirure au placenta, mesuraient de 0 à 10 centimètres.

Et parmi ces observations, il y avait :

93 multipares

pour 54 primipares.

et sa conclusion en était que la multipare est prédisposée aux hémorragies graves des derniers temps de la grossesse, du fait que souvent, chez elle, le placenta s'insère trop bas.

Pour confirmer cette vérité pratique nous donnons nos résultats, qui montrent que :

Sur 125 de ces femmes qui, parce qu'elles « saignaient » ont nécessité une rupture artificielle avant dilatation complète ; il y avait :

52 primipares, c'est-à-dire 38 %

Pour 84 multipares, — 62 %

CONCLUSIONS

Dressons tout d'abord le tableau comparatif des fréquences des divers modes de rupture de la poche des eaux.

Sur 10.000 accouchements :

Ruptures spontanées tempestives	1.767
— prématurées	2.578
— précoces	3.100
— artificielles à dilatation complète..	2.119
— artificielles avant dilatal. complète.	136

Ce qui nous conduit à classer par ordre de fréquence :

- 1° Ruptures précoces survenant dans 30,4 % des cas
- 2° Ruptures prématurées — 25,78 % —
- 3° Ruptures artificielles à dilatation
complète survenant dans 21,19 % —
- 4° Ruptures spontanées tempestives
survenant dans 17,67 % —
- 5° Ruptures artificielles avant dila-
tation complète, nécessitées dans.. 1,36 % —

La vérité pratique est là, à savoir que si nous faisons abstraction des ruptures artificielles avant dilatation complète qui sont exceptionnelles et nécessitées seulement dans des cas tout particuliers, la rupture spontanée tempestive qu'on a pu appeler normale, c'est-à-dire celle se faisant au temps d'élection à ce moment précis où les membranes bombent au

niveau du col complètement dilaté, est de tous les modes de rupture celui qui est le moins fréquemment observé.

I. Du mode de rupture et de ses causes

La cause directe efficiente de la déchirure des membranes reste, nous ne le discuterons pas, la force exercée par la contraction utérine. Mais si nous admettons cette action comme agissant seule, il est évident que suivant toute logique dans ce problème mécanique, la résistance des membranes devrait céder d'une manière à peu près exclusive à cet instant même où le col s'étant tout à fait dilaté, la poche des eaux ayant perdu tout point d'appui, plus rien ne l'aide à soutenir les coups de pression de chaque douleur.

Comment interpréter alors un résultat contraire, si ce n'est en admettant que la force de la contraction utérine « Raison majeure sans doute » soumise à des conditions mécaniques variables dans chaque cas, s'adapte, se modifie, voit son action guidée par un ensemble de causes adjuvantes ; et les variations de rythme et d'intensité qui s'ensuivent ont pour résultat d'accélérer souvent, de retarder au contraire d'autres fois, le moment de la rupture.

Parmi les nombreuses « raisons adjacentes » que l'on a essayé de mettre en évidence, nous allons résumer maintenant celles qui ont fait l'objet de ce travail :

LA PARITÉ

a) *Parité et Rupture prématurée :*

Les eaux s'écoulent prématurément indifféremment, chez les multipares et les primipares.

Nous avons montré, en effet, que si la primiparité avait des raisons de prédisposer à la rupture prématurée, il y avait à remarquer par contre, que chez les multipares le placenta s'insérant plus bas (PINARD), il y avait là une cause suffisante pour qu'en pratique la rupture avant tout début de travail, survienne aussi bien, chez la parturiente qui en est à sa première grossesse, que chez celle qui a déjà mis au monde un ou plusieurs enfants.

b) *Parité et rupture précoce :*

La conclusion ici ne saurait faire de doute :

La primiparité est une cause prédisposante à la rupture précoce :

Sur 100 ruptures survenant dans les douleurs de la dilatation, on trouve en moyenne :

60 primipares, pour

40 multipares.

Nous avons cru en trouver la raison dans l'action de la tête engagée de bonne heure, agissant comme « piston » et établissant dans la poche intra-polaire, la future poche des eaux, une pression extrême, qui arrive à vaincre l'élasticité des membranes.

c) *Parité et rupture tardive :*

Plus encore que précédemment, les faits viennent justifier notre opinion,

Sur 100 femmes qui ont nécessité une rupture artificielle à dilatation complète, on retrouve :

65 multipares, pour

35 primipares.

Il est indiscutable que la femme qui n'en est pas à son premier enfant « sait mieux lui conserver ses membranes ». Souvenons-nous, que chez cette dernière, la présentation reste longtemps mobile et nous aurons ainsi vérifié par une « contre-épreuve » l'action de la tête.

La rupture spontanée tempestive que nous serions presque tentés de regarder comme une modalité de rupture tardive, survient elle aussi avec beaucoup plus de fréquence chez la femme ayant eu des grossesses antérieures :

Sur les 1,767 cas observés, nous avons en effet, trouvé :

1.029 multipares, pour

738 primipares.

d) Parité et rupture artificielle avant dilatation complète :

Sur 136 cas : 84 multipares = 62 %
 et 52 primipares = 38 %.

Il est évident que cette modalité de rupture est nécessitée surtout chez les multipares qui, comme l'a montré PINARD, ont souvent le placenta inséré trop bas, ce qui les prédispose aux hémorragies par décollement prématuré du placenta au cours du travail.

LA PRÉSENTATION. — L'ÂGE DE LA GROSSESSE.
LE POIDS DE L'ENFANT.

Nous devons admettre que pratiquement, présentation, volume du fœtus, et terme, sont autant de facteurs sans influence notable sur le mode de rupture de la poche des eaux.

RUPTURE ET LONGUEUR DU TRAVAIL

a) Rupture prématurée :

Nous serons nettement affirmatifs et dirons que : la rupture prématurée, dans 70 % des cas, accélère la marche du travail,

Chez les primipares, la durée moyenne est de 5 à 8 heures.

Chez les multipares, la durée moyenne est de 3 à 6 heures, et il est très fréquent chez ces dernières de voir l'accouchement se terminer en quelques douleurs.

b) Rupture précoce :

Conclusion contraire sans doute :

Toute femme qui perd ses eaux dans les douleurs est exposée à souffrir plus longtemps que celle dont les membranes se sont rompues prématurément ou à dilatation complète. La durée moyenne est alors de 18 à 20 heures.

c) Rupture artificielle et à dilatation complète :

Nous avons vu cette modalité de la rupture surve-

nir le plus souvent chez les multipares, aussi ne nous étonnons pas que la durée du travail n'ait pas excédé 10 heures dans 72 % des cas.

RUPTURE ET SUITES DE COUCHES

A. — *Infection puerpérale :*

On peut conclure sans hésitation que dans des conditions aseptiques aussi parfaites qu'on peut les établir aujourd'hui, l'ouverture prématurée ou précoce joue un rôle pratiquement insignifiant quant à la probabilité d'une infection puerpérale.

Malheureusement il existe encore des observations d'infection amniotiques particulièrement redoutables, en rapport avec la rupture prématurée de membranes, surtout quand aucune précaution n'a été prise à la suite de cet accident.

B. — *Hémorragie :*

Sans doute les chiffres nous ont montré que les hémorragies survenaient plus fréquemment lorsque la femme avait poussé depuis trop longtemps sur son enfant qui n'était plus protégé par le liquide amniotique. Il s'agit en réalité d'un accident en rapport avec la longueur exagérée du travail et le surmenage probable du muscle utérin.

RUPTURE ET SORT DU NOUVEAU-NÉ

On avait pu croire que l'action mécanique de la force utérine s'exerçant directement sur le corps de

l'enfant, pouvait avoir comme conséquence des troubles circulatoires dangereux pour lui.

En vérité les faits nous permettent d'affirmer qu'il y a encore là, une crainte que la pratique journalière est loin de justifier et qu'on n'a pas le droit de porter un pronostic défavorable sur la vitalité de l'enfant, quand les membranes se sont rompues bien avant l'heure normale.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
VORON

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Octobre 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI



BIBLIOGRAPHIE

- ALEZAIS. — De la rupture prématurée des membranes.
(*Thèse de Montpellier*, 1882.)
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements.
- BOIVIN (Mme). — Mémorial de l'art des accouchements.
- BUDIN ET DEMELIN. — Manuel pratique des accouchements (1904).
- CAZEAUX. — Traité pratique et théorique de l'art des accouchements (1870).
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements.
- DEPAULE. — Leçons cliniques.
- DESCLOZEUX. — Thèse (Paris, 1907).
- DOCKHORN. — Thèse (Munich, 1910).
- DUNCAN-MATHEWS. — Notes sur un long retard du travail après écoulement du liquide amniotique.
(*Médical times and Gazette*, 1872.)
- FABRE. — Précis d'obstétrique (Tome I.)
- GARIPUY. — Etude sur la rupture prématurée spontanée ou tardive de la poche des eaux. (*Thèse*, Paris, 1873.)
- GUÉNIOT. — Leçons cliniques.
- KEISS (Joseph). — Thèse de GUTTINGEN. (1911.)
- KREISS. — Congrès de la fièvre puerpérale (1923).
— Obstétrique et gynécologie. (*Journal*, Janvier-Juin, 1928.)
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements.
(Tome I.)

MARCAR-KIATIB. — De la rupture prématurée des membranes. (*Thèse de Paris*, 1899.)

MAURICEAU. —

NÉGÈLE. — Traité pratique des accouchements.

PAJOT. — Annales de gynécologie. (Paris, 1886.)

PIERRE. — Thèse de Nancy.

PINARD. — Annales de Gynécologie. (Paris, 1886.)
— Clinique obstétricale.

PUZOS. — Traité d'accouchement (1759).

RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.

RAULIN. — De la rupture prématurée des membranes.
(*Thèse*, Paris, 1896.)

TARNIER-CHANTREUIL. — Art des accouchements (1888).

VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	9
HISTORIQUE	14
INTRODUCTION	19
CHAPITRE PREMIER	
Les divers modes de rupture dans leur fréquence	21
CHAPITRE II	
Des ruptures spontanées tempestives.....	23
CHAPITRE III	
Des ruptures prématurées	25
CHAPITRE IV	
Des ruptures précoces	41
CHAPITRE V	
Des ruptures artificielles à dilatation complète.	51
CHAPITRE VI	
Des ruptures artificielles avant dilatation complète	57
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	67

